

Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España



Alexandra Morales*, José P. Espada y Mireia Orgilés

Universidad Miguel Hernández, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2016

Aceptado el 9 de junio de 2016

On-line el 19 de julio de 2016

Palabras clave:

Adolescencia

Infecciones de transmisión sexual

Virus de inmunodeficiencia humana

Prueba de detección

Riesgo sexual

R E S U M E N

La mayoría de adolescentes españoles no usan el preservativo consistentemente en sus relaciones sexuales, exponiéndose a contraer el VIH. El diagnóstico precoz del virus incrementa la tasa de supervivencia y reduce nuevas infecciones. Se desconoce cuál es la actitud hacia la prueba de detección del VIH (PDV) y cuáles son las principales barreras hacia la misma. El objetivo fue analizar la actitud hacia la PDV e identificar las principales barreras por las que los adolescentes no se someten a la prueba. Participaron 992 adolescentes españoles (16-20 años) procedentes de 4 comunidades autónomas. La edad media fue 16.84 (DT=0.92) y el 54.6% eran mujeres. La actitud hacia la PDV fue muy favorable, especialmente en las mujeres. El 79.2% no usaba el preservativo consistentemente en sus relaciones sexuales; sin embargo, solo el 1% (n=11) informó haberse sometido a la PDV. Las principales barreras percibidas estuvieron relacionadas con no haber recibido el ofrecimiento de someterse a la prueba (49%), la baja percepción del riesgo (32.6%) y la confianza en los compañeros sexuales (29.1%). Se concluye que el ofrecimiento de la PDV a adolescentes con alto riesgo sexual puede ser crucial para incrementar la detección precoz y frenar la propagación del VIH.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Barriers to HIV testing among adolescents in Spain

A B S T R A C T

Most teenagers and young people do not consistently use condoms during sex, exposing themselves to HIV. Early diagnosis of the virus increases the survival rate and reduces new infections. Attitude towards HIV testing (HT) and the main barriers to testing remain unknown. The main objective of the study was to explore the attitude towards HT and identify the main barriers of those who had never undergone HT before. This study involved 992 adolescents (16-20 years), who were recruited from 4 autonomous regions of Spain. The mean age was 16.84 (SD=.92) and 54.6% were women. The attitude towards HT was very favorable, especially in women. 79.2% of sexually active participants did not consistently use condoms during sex; however only 1% (n=11) reported having undergone HT. The main perceived barriers were related to not having received the offer to get tested (49%), low risk perception (32.6%) and trust between sexual partners (29.1%). Facilitating access of the HIV screening test to adolescents with high sexual risk is crucial to the success of early detection campaigns, and curb the spread of the HIV.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El diagnóstico tardío del VIH es uno de los principales problemas para controlar la epidemia del VIH y la evolución de las personas con VIH (Adler, Mounier-Jack y Coker, 2009). El retraso en el

diagnóstico facilita los nuevos casos de transmisión, se asocia con menor probabilidad de supervivencia debido a la baja eficacia de la terapia antirretroviral en etapas avanzadas, además de enfermedades oportunistas —como la tuberculosis, neoplasias, fallo renal y hepático, etc.—, mayor toxicidad de los fármacos y conlleva un elevado coste médico (Dai et al., 2015; García de Olalla, Reyes y Caylà, 2012; Krentz, Auld y Gill, 2004). En España casi la mitad de los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexandra.morales@umh.es (A. Morales).

diagnósticos (46.6%) por VIH se realizan tardíamente (entendiendo por tardío la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l) (Instituto de Salud Carlos III, 2014). Teniendo en cuenta el periodo de incubación del VIH, estos datos sugieren que una proporción significativa de las infecciones diagnosticadas durante la etapa adulta se contrajeron en la adolescencia o la primera juventud, tal y como sugieren Espada, Escribano, Morales y Orgilés (en prensa).

En España, los menores de 29 años representaron el 28% de los nuevos diagnósticos por VIH en el año 2014 (Instituto de Salud Carlos III, 2014). Un objetivo prioritario es la promoción de la prueba del VIH entre los colectivos más afectados por el virus. El VIH afecta desproporcionadamente al colectivo de hombres que tienen sexo con hombres y a las personas que ejercen la prostitución, aunque los adolescentes y jóvenes presentan un riesgo relativo a contraer el VIH a través de las relaciones sexuales sin protección (Ministerio de Sanidad, 2014). La estrategia principal para promocionar la prueba del VIH consiste en su ofrecimiento desde atención primaria de forma gratuita y confidencial. Los servicios especializados en prevención de sida e ITS también ofrecen la prueba con un tratamiento anónimo de los datos. Este sistema es similar al de otros países europeos como Alemania, Dinamarca, Suecia, y Noruega (European Center for Disease Prevention and Control, 2010). A pesar de la facilidad de acceso a la prueba, se estima que más del 30% de las personas con VIH en España desconocen su estado serológico, lo que dificulta tener estimaciones reales del alcance de la epidemia (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 2013) y obstaculiza el inicio temprano del tratamiento farmacológico.

Las barreras hacia la prueba de detección del VIH han sido ampliamente estudiadas en poblaciones con alto riesgo, y se recogen en diversas revisiones sistemáticas (De Wit y Adam, 2008; Deblonde et al., 2010; Mahajan et al., 2008; Prost, Elford, Imrie, Petticrew y Hart, 2008). Entre las principales barreras destacan la falta de conocimiento sobre dónde hacerse la prueba, la baja percepción de vulnerabilidad hacia el VIH, el miedo a estar infectado y la falta de disponibilidad de la prueba del VIH (Deblonde et al., 2010). Otras se relacionan con el acceso hacia los servicios de salud y políticas de salud (Deblonde et al., 2010; Hoyos et al., 2012). Los estudios específicos sobre las barreras hacia la prueba del VIH en población adolescente son escasos (Goodman, Tipton, Hecht y Chesney, 1994; Peralta, Deeds, Hipszer y Ghalib, 2007; Samet, Winter, Grant y Hingson, 1997). Por ejemplo, Peralta et al. (2007) analizaron la prevalencia de jóvenes americanos entre 12 y 24 años que se habían realizado la prueba y los principales facilitadores y barreras hacia el test del VIH. La baja percepción de riesgo, así como no haber sido invitados a realizarse la prueba de detección del VIH fueron los motivos más frecuentemente reportados por los jóvenes.

La identificación de las barreras para someterse a la prueba de detección del VIH en adolescentes es de gran relevancia para el diseño y la adaptación de las campañas preventivas dirigidas al diagnóstico precoz del virus. En España, se ha estudiado el perfil del usuario que se realiza la prueba de detección del VIH y cuáles son las principales barreras para no someterse a la prueba en la población general (Fernández-Balbuena et al., 2016; Hoyos et al., 2013). En el ámbito universitario, Hoyos et al. (2012) concluyeron que el 78% de los jóvenes españoles no se había sometido a la prueba de detección del VIH, a pesar de la alta prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo. Identificar las barreras hacia la prueba de detección del VIH en jóvenes y adolescentes es crucial para facilitar el diagnóstico precoz, especialmente en los casos que se exponen a un alto riesgo de contraer la infección. Los objetivos de este estudio son: 1) indagar en la actitud hacia la prueba de detección del VIH de los adolescentes españoles, y 2) identificar las principales barreras hacia la prueba de detección del VIH entre los adolescentes que nunca se han sometido al test, analizando las diferencias por sexo. En base a estudios previos (Espada, Escribano, Orgilés, Morales y Guillén-Riquelme, 2015; Hoyos et al.,

2012), hipotetizamos que los adolescentes presentarán una actitud favorable hacia el uso del preservativo, aunque la mayoría (>80%) no se habrá sometido a la prueba. De acuerdo con Peralta et al. (2007), la baja percepción de riesgo y el no haber sido invitados a realizarse la prueba de detección del VIH serán las principales barreras por las que los adolescentes no se han sometido a la prueba hasta el momento de la evaluación.

Metodología

Participantes

En este estudio de corte descriptivo transversal participaron adolescentes entre 16 y 20 años. Los participantes eran estudiantes de bachillerato procedentes de 17 centros de educación secundaria localizados en zonas urbanas de 4 comunidades autónomas de España: Andalucía, Asturias, Comunidad Valenciana y Murcia. Los criterios de inclusión fueron: 1) ser estudiante menor de 21 años, y 2) estar autorizado por sus padres para participar en el estudio.

Instrumentos

- Barreras hacia el test del VIH. Se empleó el cuestionario de barreras hacia la prueba de detección del VIH de Peralta (2007). Este instrumento consta de un listado de 16 motivos para no someterse a la prueba de detección del VIH (clasificados en 6 bloques), incluyendo una última categoría de «Otros motivos». Cada uno de los motivos incluye diversas alternativas explicativas. Fue construido a partir de datos empíricos de adolescentes reclutados en los ámbitos clínico y comunitario, y está basado en el modelo conductual de acceso a la atención médica de Andersen (1995). Los participantes deben marcar las razones por las que nunca se han sometido al test del VIH. Previamente a este estudio, la escala se aplicó a un grupo de 10 adolescentes de las mismas edades que la muestra y con características similares para asegurar la adecuación de las barreras. Debido a la claridad de los ítems, no fue necesario realizar modificaciones. La fiabilidad de la escala fue aceptable (α ordinal = 0.71).
- Actitud hacia la prueba de detección del VIH. Se empleó la subescala «Actitud hacia la prueba del VIH» de la *Escala de actitudes hacia el HIV/sida para adolescentes* (HIV-AS) (Espada et al., 2013a; Espada, González, Orgilés y Morales, 2013). La subescala consta de 2 ítems con un rango de respuesta entre 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna de la subescala fue aceptable (α de Cronbach = 0.75).
- Datos sociodemográficos y comportamiento sexual. Este cuestionario recoge información sobre características sociodemográficas (sexo, edad, situación familiar) y conducta sexual.

El nivel socioeconómico se evaluó con la *Escala de riqueza familiar* de Boyce, Torsheim, Currie y Zambon (2006), que evalúa el bienestar económico familiar a través de 4 ítems: número de coches y de ordenadores que posee la familia, la existencia de habitación propia e individual y el tener vacaciones con la familia en los últimos 12 meses. Este cuestionario tiene una buena validez de criterio con respecto a los indicadores económicos actuales, como el producto nacional bruto ($r=0.87$).

En caso de haber debutado sexualmente, se indagó sobre: a) edad a la primera relación sexual; b) tipo de relaciones sexuales en los últimos 6 meses (masturbación mutua, sexo vaginal, sexo anal y sexo oral), y c) número de parejas sexuales en los últimos 6 meses. Se incluyeron preguntas sobre el uso del preservativo como método de protección de ITS/embarazos: uso del preservativo en la primera relación sexual con penetración (respuesta dicotómica) y frecuencia de uso del preservativo en sus relaciones

sexuales posteriores (medida en porcentaje). Los adolescentes que informaron haber usado el preservativo el 100% de las veces fueron categorizados en el grupo que hace uso consistente del preservativo, el resto fueron incluidos en el grupo que no hace uso consistente del preservativo. Por último, se evaluó la percepción de los participantes sobre el uso del preservativo que hacen sus iguales.

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se contactó con centros de educación secundaria para solicitar su colaboración en esta investigación. Participaron 17 centros educativos localizados en diferentes zonas de España, aportando un tamaño muestral similar. Se aplicaron autoinformes que debían cumplimentar individualmente. Miembros del grupo de investigación ajenos a los centros educativos acudieron a las reuniones de padres de inicio de curso para explicarles el estudio y facilitar la recogida de los consentimientos informados firmados por los padres. Cuando esto no fue posible, los profesores hicieron llegar el consentimiento informado a los padres través de los alumnos. En todos los casos se facilitó un teléfono de contacto a los padres para consultar detalles del estudio y resolver dudas con el investigador principal o el coordinador del trabajo de campo. Solo fueron evaluados los estudiantes cuyos padres les habían autorizado a participar en el estudio (98%). Las evaluaciones se llevaron a cabo *online* a través de *Google Forms* durante el horario académico y tuvieron una duración aproximada de 1 h. Miembros del equipo de investigación se desplazaron a los centros educativos en horario académico para la sesión de evaluación. Explicaron a los participantes el objetivo del estudio, contextualizado en la promoción de la salud sexual de los adolescentes españoles, y solicitaron su colaboración para responder una batería de preguntas sobre actitudes hacia aspectos relacionados con su sexualidad y hábitos sexuales. Se aseguró la confidencialidad de los datos y se resolvieron las dudas que surgieron. Los profesores no estuvieron presentes en el aula con el fin de facilitar la resolución de dudas y un clima de confianza para responder a las preguntas. La participación fue voluntaria y no se ofrecieron incentivos por realizar la encuesta.

Análisis de datos

Se aplicaron análisis descriptivos para conocer las características de la muestra, la actitud hacia la prueba del VIH y los motivos para no haberse realizado la prueba del VIH. Mediante comparaciones de medias (t-Student) se analizaron las diferencias por sexo en la actitud hacia la prueba del VIH, y en los motivos para no haberse sometido a la prueba de detección del VIH. Las diferencias por sexo en las barreras hacia la prueba de detección del VIH se analizaron mediante tablas de contingencia. Se calculó el tamaño del efecto (Cohen, 1988) cuando las diferencias fueron estadísticamente significativas. Se empleó SPSS Statistics 23.0 como paquete estadístico para todos los análisis.

Resultados

Características sociodemográficas y conducta sexual autoinformada

Del total de participantes ($n=992$), el 45.4% eran hombres, y la edad media grupal fue 16.84 años ($DT=0.92$). El nivel socioeconómico medio fue el predominante. Más de la mitad (73%) de los adolescentes informó haber mantenido sexo vaginal, anal y/u oral. El porcentaje de la frecuencia de uso del preservativo fue 87.37%, aunque solo el 20.8% hacía un uso consistente del preservativo en

Tabla 1

Datos sociodemográficos y conducta sexual de la muestra de adolescentes

Hombres, n (%)	354 (45.4)
Edad, M (DT)	16.84 (0.92)
Provincia, n (%)	
Alicante	247 (26.6)
Asturias	165 (17.8)
Castellón	128 (13.8)
Granada	234 (25.2)
Murcia	153 (16.6)
Nivel socioeconómico, n (%)	
Bajo	243 (31.2)
Medio	470 (60.4)
Alto	65 (8.4)
Situación familiar, n (%)	
Casados	600 (80.2)
Separados o divorciados	133 (17.8)
Pareja de hecho	6 (0.8)
Huérfanos	1 (0.1)
Solteros	8 (1.1)
Práctica religiosa, n (%)	
Diaria	18 (2.3)
Semanal	68 (8.8)
Alguna vez al año	237 (30.5)
Sin práctica religiosa	417 (53.7)
Sexualmente activos, n (%)	724 (73)
Vaginal	522 (52.7)
Anal	70 (7.1)
Oral	434 (44)
Orientación sexual, n (%)	
Heterosexual	927 (93.4)
Bisexual	36 (3.6)
Homosexual	20 (2)
Pareja sexual actual, n (%)	298 (30)
Parejas sexuales, M (DT)	2.57 (2.29)
Uso consistente del preservativo, n (%)	206 (20.8)
Uso del preservativo como método de protección sexual, M (DT)	87.37 (21.05)

DT: desviación típica.

todas sus relaciones con penetración. La [tabla 1](#) describe las características sociodemográficas de los participantes del estudio con detalle.

Actitud hacia la prueba de detección del VIH

La [tabla 2](#) muestra que los adolescentes españoles tienen una actitud muy favorable hacia la prueba de detección del VIH ($M=7.12$; $DT=1.20$; puntuación máxima de 8), siendo significativamente más favorable en las mujeres que en los hombres. Casi todos los participantes estuvieron «totalmente de acuerdo» o «de acuerdo» con realizarse la prueba de detección del VIH si tuvieran prácticas de riesgo. Menos de un 5% se mostró «totalmente en desacuerdo» o «en desacuerdo» a someterse a la prueba. Cerca del 95% se mostró dispuesto a recomendar a un amigo/a realizarse la prueba de detección del VIH; únicamente el 7% indicó no estar dispuesto a hacerlo. La proporción de mujeres dispuestas a recomendar la prueba de detección del VIH a un amigo/a fue superior en comparación con los hombres.

Prueba de detección del VIH

De los participantes sexualmente activos ($n=724$), solo 11 (1%) informaron haberse realizado la prueba de detección del VIH. De estos, la media de veces que se habían sometido a la prueba fue 3.71 veces ($DT=4.30$). Concretamente, 4 adolescentes se habían sometido a la prueba de detección del VIH una vez, un participante en

Tabla 2
Actitud hacia la prueba de detección del VIH por sexo (n=965)

	Hombres	Mujeres	Total	t	d
<i>Estaría dispuesto/a a realizarme las pruebas del VIH si tuviera prácticas de riesgo, n (%)</i>					
Totalmente en desacuerdo	13 (2.9)	7 (1.4)	20 (2.1)	7.59 [*]	2.63
En desacuerdo	13 (2.9)	13 (2.5)	26 (2.7)		
De acuerdo	138 (30.4)	126 (24.7)	264 (27.4)		
Totalmente de acuerdo	290 (63.9)	365 (71.4)	655 (67.9)		
Total	454 (100)	511 (100)	965 (100)		
<i>Recomendaría a un amigo/a hacerse las pruebas de detección del VIH, n (%)</i>					
Totalmente en desacuerdo	11 (2.4)	9 (1.8)	20 (2.1)	17.22 ^{**}	0.94
En desacuerdo	36 (7.9)	19 (3.7)	55 (5.7)		
De acuerdo	155 (34.1)	139 (27.2)	294 (30.5)		
Totalmente de acuerdo	252 (55.5)	344 (67.3)	596 (61.8)		
Total	454 (100)	511 (100)	965 (100)		
<i>Actitud hacia la prueba de detección del VIH (rango 2-8), M (DT)</i>	6.96 (1.25)	7.24 (1.15)	7.12 (1.20)	7.20 ^{***}	0.23

d: d de Cohen; DT: desviación típica; t: prueba estadística para la t de Student.

^{*} p ≤ 0.05.

^{**} p ≤ 0.01.

^{***} p ≤ 0.001.

2 ocasiones, y 2 un total de 10 veces. El resto (n=3) no informaron sobre el número de veces. Los participantes se sometieron a la prueba de detección del VIH por primera vez cuando tenían una edad media de 18.38 años (DT=3.33). De los que informaron sobre este dato, uno se realizó la prueba por primera vez cuando tenía 13 años, uno a los 16 años, 2 a los 17 años, uno a los 18 años, y 3 a los 20 años).

Barreras hacia la prueba de detección del VIH

La [tabla 3](#) recoge los motivos autoinformados para no someterse a la prueba de detección del VIH por sexo y en total. De todos los participantes, el 27% no había mantenido relaciones sexuales (sexo oral, sexo vaginal y sexo anal). Los principales motivos para no someterse a la prueba de detección del VIH fueron no haber

Tabla 3
Barreras autoinformadas para no someterse a la prueba de detección del VIH en adolescentes por sexo (n=965)

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	p	OR (IC)	
1. No has tenido relaciones sexuales	158 (44.6)	185 (43.5)	343 (44)	0.757	0.10 (0.02-0.47)	
2. Has tenido relaciones sexuales pero siempre has utilizado el preservativo	100 (28.2)	96 (22.6)	196 (25.2)	0.070		
3. Piensas que el VIH es un virus que solo afecta a homosexuales y drogadictos	15 (4.2)	2 (0.5)	17 (2.2)	0.000		
4. No quieres que tus padres se enteren que has mantenido relaciones sexuales	25 (7.1)	33 (7.8)	58 (7.8)	0.710		
5. Estás seguro/a de que tus parejas sexuales no están infectadas por VIH	100 (28.2)	127 (29.9)	227 (29.1)	0.617	0.53 (0.34-0.81)	
6. Nunca te han ofrecido hacerte la prueba de detección del VIH	173 (48.9)	209 (49.2)	382 (49)	0.932		
7. No sabes dónde puedes hacerte la prueba de detección del VIH	64 (18.1)	61 (14.4)	125 (16)	0.158		
8. Te molestaría tener un resultado positivo para VIH	59 (16.7)	41 (9.6)	100 (12.8)	0.004		
9. Te preocupa no saber cómo actuar si te detectan VIH	51 (14.4)	58 (13.8)	109 (14)	0.761	0.62 (0.39-0.98)	
10. Te preocupa morirte si te diagnostican VIH	48 (13.6)	38 (8.9)	86 (11)	0.041		
11. Te preocupa poder transmitir el VIH a tu hijo cuando te quedes embarazada o si dejas embarazada a tu chica	32 (9)	32 (7.5)	64 (8.2)	0.445	0.503	
12. No quieres que nadie sepa si tienes VIH	25 (7.1)	25 (5.9)	50 (6.4)	0.503		
Si esta es una de tus razones, marca con X los motivos por los que no quieres que se sepa						
12a. Simplemente porque no quieres	27 (7.6)	24 (5.6)	51 (6.5)	0.266	0.20 (0.04-0.96)	
12b. Puedes perder amigos o familia	14 (4)	12 (2.8)	26 (3.3)	0.381		
12c. La gente del instituto te tratará de forma diferente	10 (2.8)	16 (3.8)	26 (3.3)	0.467		
12d. Los trabajadores del centro donde te hagas la prueba sabrán que tienes VIH	2 (0.6)	2 (0.5)	4 (0.5)	0.854		
12e. La opinión que tiene tu médico sobre ti cambiará si le pides que te haga la prueba de detección del VIH	8 (2.3)	2 (0.5)	10 (1.3)	0.027	1.89 (1.03-3.48)	
13. Te da miedo sacarte la sangre	16 (4.5)	35 (8.2)	51 (6.5)	0.037		
14. Tienes que pagar por hacerte la prueba	16 (4.5)	7 (1.6)	23 (3)	0.018	0.35 (0.14-0.87)	
15. No quieres esperar una semana a recibir los resultados	13 (3.7)	6 (1.4)	19 (2.4)	0.042		
16. Piensas que no es posible que estés infectado por el VIH	144 (31.6)	172 (33.6)	316 (32.6)	0.440	0.37 (0.14-0.99)	
Si esta es una de tus razones, marca con X los motivos por los que piensas que no es posible que estés enfermo						
16a. No te sientes enfermo	79 (22.3)	83 (19.5)	162 (20.8)	0.340		
16b. No percibes que tengas riesgo de contraer el VIH	85 (24)	111 (26.1)	196 (25.2)	0.500		
17. No sabes qué beneficios tiene hacerse la prueba del VIH	14 (4)	9 (2.1)	23 (3)	0.131		
18. Hay cosas más importantes que hacerse la prueba de detección del VIH	8 (2.3)	4 (0.9)	12 (1.5)	0.137		

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

El porcentaje total es superior al 100% puesto que cada adolescente puede seleccionar más de una opción.

Media: 3.43, DT: 2.57, rango: 1-18, 30.9%: 1 motivo, 29.2%: 2-3, 30.2%: 4-7, 9.7%: 8-11, 0%: más de 11.

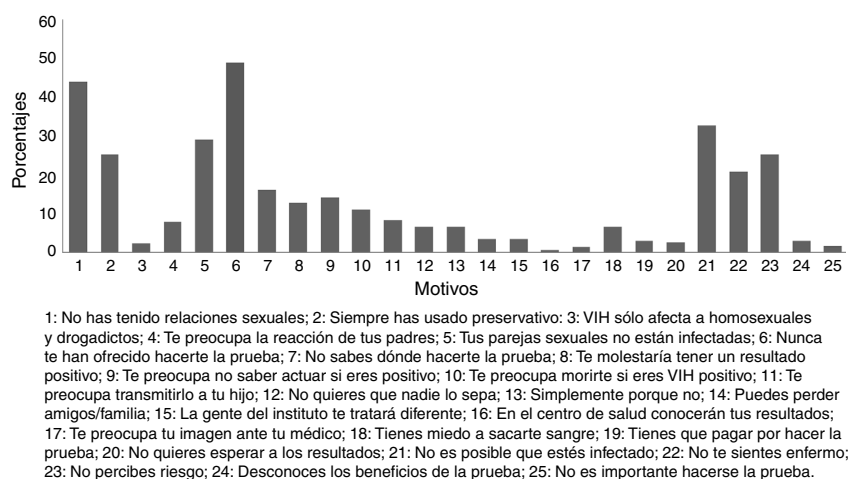


Figura 1. Barreras autoinformadas para no someterse a la prueba de detección del VIH en adolescentes ($n=965$). 1: No has tenido relaciones sexuales; 2: Siempre has usado preservativo; 3: VIH sólo afecta a homosexuales y drogadictos; 4: Te preocupa la reacción de tus padres; 5: Tus parejas sexuales no están infectadas; 6: Nunca te han ofrecido hacerte la prueba; 7: No sabes dónde hacerte la prueba; 8: Te molestaría tener un resultado positivo; 9: Te preocupa no saber actuar si eres positivo; 10: Te preocupa morirte si eres VIH positivo; 11: Te preocupa transmitirlo a tu hijo; 12: No quieres que nadie lo sepa; 13: Simplemente porque no; 14: Puedes perder amigos/familia; 15: La gente del instituto te tratará diferente; 16: En el centro de salud conocerán tus resultados; 17: Te preocupa tu imagen ante tu médico; 18: Tienes miedo a sacarte sangre; 19: Tienes que pagar por hacer la prueba; 20: No quieres esperar a los resultados; 21: No es posible que estés infectado; 22: No te sientes enfermo; 23: No percibes riesgo; 24: Desconoces los beneficios de la prueba; 25: No es importante hacerse la prueba.

recibido el ofrecimiento para realizarse el test, seguido de estar convencido de que no es posible estar infectado por VIH y tampoco su pareja sexual (fig. 1). El 25.2% informó que no se había sometido a la prueba del VIH porque utiliza el preservativo consistentemente en sus relaciones sexuales.

Del total, un bajo porcentaje de los participantes indicó no haberse sometido a la prueba por tener miedo a un trato diferente en su centro educativo, a perder amigos o familia, por no pagarla, por no esperar a los resultados, para evitar que la opinión de su médico sobre ellos cambie negativamente, y para evitar que los sanitarios del centro de salud conozcan su estado serológico.

Diferencias por sexo en las barreras hacia la prueba de detección del VIH

Hubo diferencias por sexo en 7 de los 16 motivos autoinformados para no someterse a la prueba de detección del VIH. Respecto a las mujeres, una mayor proporción de hombres indicó no haberse hecho la prueba de detección del VIH porque piensa que el virus solo afecta a homosexuales y drogadictos, porque le molestaría tener un resultado positivo, por preocuparle la muerte en caso de ser VIH positivo, así como un posible cambio en la opinión de su médico si le solicita la prueba, y por no querer esperar los resultados durante una semana. Respecto a los hombres, una mayor proporción de mujeres indicó no haberse hecho la prueba por miedo a una extracción de sangre.

Discusión

Los resultados indican que una alta proporción de los adolescentes españoles se expone a contraer el VIH a través de las relaciones sexuales, y únicamente muy pocos se han sometido a la prueba de detección del VIH para conocer su estado serológico. La mayoría de los adolescentes se muestran dispuestos a realizarse la prueba de detección del VIH si mantuvieran prácticas sexuales de riesgo, e incluso a recomendársela a un amigo/a. A pesar de que la actitud hacia la prueba de detección del VIH es muy favorable, solo 11 participantes habían comprobado su estado serológico haciéndose la prueba. Estos resultados confirman las 2 primeras hipótesis planteadas, y son consistentes con el estudio de Espada et al. (2015), en el que se analiza la evolución del riesgo sexual en 2 cohortes

de adolescentes españoles evaluadas en 2006 y 2012. La tasa de participantes que informa haberse sometido a la prueba de detección del VIH fue significativamente inferior al 22% que indica el estudio de Hoyos et al. (2012) y Samet et al. (1997), y al 29.5% del estudio de Peralta et al. (2007). A diferencia del estudio de Hoyos et al. (2012) —en el que se emplea la prueba rápida de detección del virus en el contexto universitario con un 27% de los participantes mayores de 25 años—, el rango de edad de los participantes de este estudio es menor (16–20 años) y el 27% informa no haber mantenido todavía sexo oral, sexo anal y/o sexo vaginal. Por otro lado, el estudio de Peralta et al. (2007) fue realizado en un área con alta prevalencia de VIH (Baltimore, Maryland, EE. UU.), por lo que sería esperable que la población estuviera más concienciada con esta enfermedad y quisiera comprobar su estado serológico. El contexto y las características propias de la muestra del estudio, junto con las barreras hacia la prueba de detección del VIH, pueden explicar las discrepancias en la tasa de realización de la prueba del VIH. De acuerdo con la teoría de la acción planeada (Fishbein y Ajzen, 2011), una actitud favorable hacia la prueba es un precursor del comportamiento, que actúa junto a otros factores como el nivel de conocimientos y la percepción del riesgo, además de las barreras específicas asociadas al contexto en el que se realiza la prueba.

Las principales barreras informadas por los adolescentes sexualmente activos para no someterse a la prueba de detección del VIH —sin diferencias por sexo— son no haber sido invitados a someterse a la prueba (49%), la baja percepción del riesgo (32.6%) y la confianza en la pareja sexual (29.1%). Estos resultados confirman la tercera hipótesis y son consistentes con estudios previos que analizan barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes (Goodman et al., 1994; Peralta et al., 2007; Samet et al., 1997). Por ejemplo, Peralta et al. (2007) observaron que el 63% de los jóvenes entre 12 y 24 años no se había sometido a la prueba porque nadie se la había ofrecido antes, y el 54% no se percibía vulnerable a contraer el VIH a pesar de haber mantenido conductas de riesgo. Estos datos sugieren que el ofrecimiento de la prueba de detección del VIH a los adolescentes en general es escaso, a pesar de que incrementaría la prevalencia de adolescentes que comprueban su estado serológico a través de la misma (Murphy, Mitchell, Vermund, Futterman y Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network, 2002) para diagnosticar precozmente.

Sería esperable que los adolescentes que presentan una alta percepción de riesgo acudieran a su centro sanitario para solicitar la prueba del VIH, en caso de haber mantenido prácticas sexuales de riesgo. No obstante, los datos de este estudio sugieren que existe una baja percepción de riesgo en los adolescentes españoles. Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos en estudios previos con jóvenes en España (Hoyos et al., 2012) y Estados Unidos (Peralta et al., 2007). Aunque la percepción de riesgo se considera un factor relevante en la asunción de conductas sexuales de riesgo (Becker, 1974; Rodríguez-Marín, 2001), la literatura científica no ofrece resultados concluyentes. Por ejemplo, el estudio de Fuster-Ruiz de Apodaca, Molero, Nouvilas, Arazo y Dalmau (2014) concluye que la baja percepción de riesgo es un factor determinante en el diagnóstico tardío del VIH, y se ha asociado con presentar un optimismo irrealista, bajo nivel de conocimientos sobre VIH y estereotipos sobre las personas con el virus. Los que presentaron una alta percepción de riesgo presentaron mayor temor a contraer el VIH debido al estigma social y no se percibieron capaces de hacer frente a la enfermedad, en consecuencia empleaban más estrategias de evitación hacia la prueba del VIH (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2014). Otros estudios concluyen que las personas con una alta percepción de riesgo no se someten con mayor frecuencia a la prueba de detección del VIH que el resto (lo que conllevaría a un mayor gasto de recursos), sino que tienden a reducir los comportamientos que les exponen al riesgo de contraer el VIH (Bradley, Tsui, Kidanu y Gillespie, 2011; Brooks, Lee, Stover y Barkley, 2011). Otros factores como la percepción de gravedad de la enfermedad y los estereotipos hacia las personas con VIH influyen en la representación social de la enfermedad, y pueden facilitar el optimismo irrealista de no contraer el virus, que se traduce en una baja percepción de riesgo (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2014). Las acciones preventivas para promocionar una sexualidad saludable en los jóvenes, además de trabajar la percepción de riesgo, deben atender a otros factores (percepción de gravedad, autoeficacia, percepción normativa, etc.) que forman parte de reconocidos modelos de conductas de salud (Becker, 1974; Fishbein y Ajzen, 2011; Rodríguez-Marín, 2001).

Respecto a las mujeres, una mayor proporción de hombres informan de barreras relacionadas con un bajo conocimiento sobre el VIH en general, miedo a tener VIH y a no saber cómo actuar ante un diagnóstico positivo. Por ejemplo, el 4.2% de los hombres (el 0.5 de las mujeres) piensa que no es necesario realizarse la prueba de detección del VIH porque el VIH solo afecta a homosexuales y drogadictos. Este dato señala la importancia de transmitir una adecuada educación sexual a edades tempranas para corregir falsas creencias sobre el VIH y sus vías de transmisión. El miedo al sida se relaciona con una mayor percepción de riesgo, pero también con un bajo nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión del virus, y con comportamientos y actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia los afectados por esta infección vírica (Espada et al., 2013b; Myer et al., 2008). Estos hallazgos sugieren que las intervenciones basadas únicamente en la percepción de riesgo pueden producir efectos indeseables, como conductas de evitación (p.e. no realizarse la prueba de detección del VIH a pesar de implicarse en conductas sexuales de riesgo) o fomentar el estigma social hacia las personas con VIH. Por su parte, el 8.2% de las mujeres no se ha sometido a la prueba de detección del VIH por miedo a la extracción de sangre, lo que podría indicar un desconocimiento de las pruebas rápidas de saliva u orina. Es destacable que el 16% informa no haberse hecho la prueba por no saber dónde acudir. Para lograr diagnosticar precozmente es necesario proporcionar información sobre los tipos de prueba y los centros disponibles para este fin.

Los resultados de este estudio deben interpretarse atendiendo a las siguientes limitaciones. La muestra es amplia, fue recogida de una variedad de zonas geográficas españolas y está balanceada en género y nivel socioeconómico; no obstante, al no haberse realizado un muestreo representativo, la generalización de los resultados

debe hacerse con cautela. La baja proporción de participantes que se habían sometido al test del VIH no permitió obtener resultados concluyentes sobre el perfil de adolescente que se implica en esta práctica segura, ni tampoco analizar el papel de la actitud hacia la prueba de detección del VIH en la experiencia de haberse sometido a la misma alguna vez o no. El uso exclusivo de autoinformes para evaluar este aspecto de la vida íntima puede haber infraestimado ligeramente la tasa de adolescentes que se han sometido a la prueba debido al estigma asociado a las personas con VIH.

Este es el primer estudio que explora las principales barreras que tienen los adolescentes españoles para someterse a la prueba de detección del VIH, atendiendo a las diferencias de género. Se concluye que la ausencia de ofrecimiento a someterse a la prueba es el motivo principal por el que los adolescentes no se han sometido al test del VIH, seguido de la baja percepción de riesgo y la confianza en la pareja. Los resultados sugieren que el diagnóstico precoz del VIH podría maximizarse en adolescentes y jóvenes sexualmente activos que se implican en prácticas sexuales de riesgo mediante: 1) el desarrollo de estrategias preventivas dirigidas a incrementar la percepción de vulnerabilidad ante el VIH y destacar los beneficios de la prueba de detección del VIH; 2) la formación de los profesionales sanitarios de atención primaria para ofrecer el test rápido de detección del VIH, además de proporcionar información y consejo antes y después de la misma, y 3) normalizar el test rápido y rutinario del VIH para reducir el estigma asociado a la enfermedad y detectar precozmente nuevos casos. Futuros estudios deben indagar en los facilitadores de la prueba de detección del VIH y en el perfil del adolescente o joven que se someten a la prueba, para diseñar estrategias más específicas para la población diana.

Financiación

Esta investigación ha sido realizada con la financiación de la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE 360971/10) y del Programa VALi+d de formación de Personal Investigador de la Conselleria de Cultura, Educació y Ciència de la Generalitat Valenciana (Ref. ACIF/2012/132).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Adler, A., Mounier-Jack, S. y Coker, R. (2009). Late diagnosis of HIV in Europe: Definitional and public health challenges. *AIDS Care*, 21, 284–293.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1–10.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409–419.
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. y Zambon, A. (2006). The family affluence scale as a measure of national wealth: Validation of an adolescent self-report measure. *Social Indicators Research*, 78, 473–487.
- Bradley, H., Tsui, A., Kidanu, A. y Gillespie, D. (2011). Client characteristics and HIV risk associated with repeat HIV testing among women in Ethiopia. *AIDS and Behavior*, 15, 725–733.
- Brooks, R. A., Lee, S. J., Stover, G. N. y Barkley, T. W. (2011). HIV testing, perceived vulnerability and correlates of HIV sexual risk behaviours of Latino and African American young male gang members. *International Journal of STD & AIDS*, 22, 19–24.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Routledge.
- Dai, S., Liu, J., Fan, Y., Shan, G., Zhang, H., Li, M., et al. (2015). Prevalence and factors associated with late HIV diagnosis. *Journal of Medical Virology*, 87, 970–977. <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.24066>
- De Wit, J. B. y Adam, P. (2008). To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9, 20–22.
- Deblonde, J., de Koker, P., Hamers, F. F., Fontaine, J., Luchters, S. y Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *The European Journal of Public Health*, 20, 422–432.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (2013). *Informe de evaluación plan multisectorial de VIH-SIDA 2008 – 2012* [consultado 30 Ene

- 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS.18DicbreActualizacionEpi.pdf>
- European Center for Disease Prevention and Control. (2010). *HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. In Evidence synthesis for guidance on HIV testing*. Stockholm: ECDC.
- Espada, J. P., Ballester, R., Huedo-Medina, T. B., Secades-Villa, R., Orgilés, M. y Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish youngsters. *Anales de Psicología*, 29, 83–89.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M. y Morales, A. (2013). Validación de la escala multicomponente de fobia al sida con adolescentes españoles. *Behavioral Psychology*, 21, 449–460.
- Espada, J. P., Escribano, S., Orgilés, M., Morales, A. y Guillén-Riquelme, A. (2015). Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: Comparison of two cohorts in Spain. *AIDS Care*, 27, 783–788.
- Espada, J. P., Escribano, S., Morales, A. y Orgilés, M. (2016). Two-year follow-up of a sexual health promotion program for Spanish adolescents. *Evaluation & the Health Professions*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1177/0163278716652217.
- Fernández-Balbuena, S., Hoyos, J., Rosales-Statkus, M. E., Nardone, A., Vallejo, F., Ruiz, M., et al. (2016). Low HIV testing uptake following diagnosis of a sexually transmitted infection in Spain: Implications for the implementation of efficient strategies to reduce the undiagnosed HIV epidemic. *AIDS Care*, <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2015.1123808>
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. London: Taylor & Francis.
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., Nouvilas, E., Arazo, P. y Dalmau, D. (2014). Determinants of late diagnosis of HIV infection in Spain. *Psychosocial Intervention*, 23, 177–185.
- García de Olalla, P., Reyes, J. y Caylà, J. (2012). Retraso diagnóstico de la infección por VIH. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 28–35.
- Goodman, E., Tipton, A. C., Hecht, L. y Chesney, M. A. (1994). Perseverance pays off: Health care providers' impact on HIV testing decisions by adolescent females. *Pediatrics*, 94, 878–882.
- Hoyos, J., de la Fuente, L., Fernández, S., Gutiérrez, J., Rosales, M. E., de Olalla, P. G., et al. (2012). La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? *Gaceta Sanitaria*, 26, 131–137.
- Hoyos, J., Fernández-Balbuena, S., de la Fuente, L., Sordo, L., Ruiz, M., Barrio, G., et al. (2013). Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: Prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18560.
- Instituto de Salud Carlos III (2014). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España* [consultado 30 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida.Junio2014.pdf>
- Krentz, H., Auld, M. y Gill, M. (2004). The high cost of medical care for patients who present late (CD4< 200 cells/L) with HIV infection. *HIV Medicine*, 5, 93–98.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(Suppl. 2), S67–S79.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH, y otras infecciones de transmisión sexual 2013 – 2016* [consultado 30 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013.2016.pdf>
- Murphy, D. A., Mitchell, R., Vermund, S. H., Futterman, D., & Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network. (2002). Factors associated with HIV testing among HIV-positive and HIV-negative high-risk adolescents: The REACH study. *Reaching for excellence in adolescent care and health. Pediatrics*, 110, e36.
- Myer, L., Smit, J., Roux, L. L., Parker, S., Stein, D. J. y Seedat, S. (2008). Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: Prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 147–158.
- Peralta, L., Deeds, B. G., Hipszer, S. y Ghalib, K. (2007). Barriers and facilitators to adolescent HIV testing. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 400–408.
- Prost, A., Elford, J., Imrie, J., Petticrew, M. y Hart, G. J. (2008). Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: Literature review and recommendations for intervention. *AIDS and Behavior*, 12, 170–194.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Samet, J. H., Winter, M. R., Grant, L. y Hingson, R. (1997). Factors associated with HIV testing among sexually active adolescents: A Massachusetts survey. *Pediatrics*, 100, 371–377.